

Spór o koordynację systemu ratownictwa medycznego

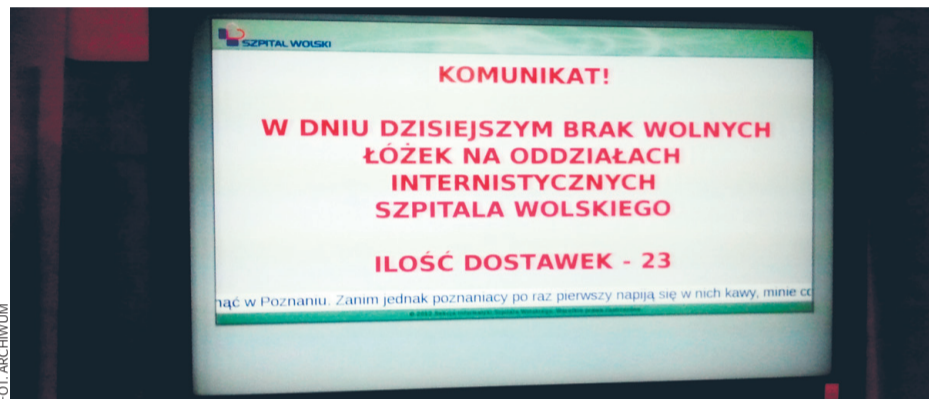
W Warszawie pogotowie ratunkowe wozi chorych do szpitali, gdzie są przepelnione SOR-y, a na oddziałach nie ma nawet wolnych dostawek. Urzędnicy wojewody mazowieckiego przekonują, że taka procedura wynika z obowiązujących przepisów.

Szpital Wolski w Warszawie to placówka o profilu ogólnym. Posiada 299 łóżek, z czego 105 internistycznych. W 2012 r. średnie roczne obłożenie oddziałów chorób wewnętrznych wyniosło ponad 110 proc., a to oznacza, że przez cały rok codziennie kilkunastu pacjentów jest hospitalizowanych na tzw. dostawkach. Jeszcze większe obłożenie, bo 188-procentowe, miał Szpitalny Oddział Ratunkowy. W 2012 r. przyjął 29 tys. pacjentów, z tego blisko 1700 chorych zakwalifikowanych do hospitalizacji internistycznej spędziło w nim ponad dobę, oczekując na wolne łóżko na oddziale chorób wewnętrznych albo na załatwienie przez Szpital Wolski miejsca w innej lecznicy. „Takich przewozów dokonaliśmy w ubiegłym roku prawie 1400, z tego prawie 800 tylko dlatego, że wszystkie miejsca na internie, włącznie z dostawkami, były u nas zajęte. Karetki pogotowia przywoziły chorych do nas, mimo że w innych warszawskich szpitalach były w tym czasie wolne łóżka internistyczne” — podkreśla dyrektor szpitala Marek Balicki.

Za duży rejon operacyjny

Zgodnie z decyzją wojewody mazowieckiego, Szpital Wolski wraz ze swoim SOR-em został wyznaczony do obsługi przez karetki rejonu operacyjnego zamieszkałego przez 266 tys. mieszkańców Woli, Bemowa i Starych Babic. Jeszcze rok temu obszar ten obejmował także podwarszawska gminę Raszyn. Zdaniem Marka Balickiego, służby wojewody, ustanawiając taki obszar działania, wykazały się niekompetencją w koordynacji funkcjonowania systemu ratownictwa. Z punktu widzenia prawidłowego działania systemu ratownictwa medycznego wolski SOR nie będzie w stanie — w przypadku jakiegokolwiek zdarzenia o masowym charakterze — wywiązać się z określonej przez system roli.

„Jesteśmy jedynym szpitalem na Mazowszu, którego SOR spełnia w 100 proc. wymogi, jeśli chodzi o warunki, sprzęt i kadre. Mimo to przy obecnym obłożeniu oddziału — ma 18 miejsc (11 łóżek i 7 stanowisk konsultacyjnych), a przyjmuje dziennie ponad 100 pacjentów — a także przy zbyt małej liczbie łóżek internistycznych, jest to zadanie niewykonalne” — uważa dyrektor Balicki. Twierdzi, że dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych takiej populacji potrzebny jest szpital posiadający 500 łóżek. „Przyjmując, że 85-procentowe obłożenie jest na granicy bezpieczeństwa, to na samej internie brakuje nam 60 łóżek do obsługi takiej populacji. Gdyby przyjąć średnioroczne 100-procentowe obłożenie, mamy za mało o 32 łóżka” — wylicza Marek Balicki. Przekonuje, że w systemie ratownictwa medycznego należy jak



POCZEKALNIA
Na dużym monitorze wyświetlany jest komunikat o braku wolnych łóżek i liczbie dostawek na internie.

Przywożenie pacjenta internistycznego do szpitala, gdzie nie ma wolnych łóżek, nie przyspiesza rozpoczęcia właściwego leczenia, ale jedynie je opóźnia.

Marek Balicki

najszybciej wprowadzić takie zmiany, aby warszawskie szpitale były obciążone równomiernie.

Urzędnicy odpierają zarzuty

„Nie można obciążać wojewody odpowiedzialnością za przywożenie pacjentów przez karetki z danego obszaru, ponieważ ustawa o ratownictwie medycznym zobowiązuje do transportu do szpitala najbliższego miejscu zdarzenia. Chodzi przecież o zagrożenie zdrowia lub życia i skrócenie czasu udzielanej pomocy, co jest pod nadzorem wojewody” — odpowiada Ivetta Biały, rzecznik prasowy wojewody mazowieckiego.

Wyjaśnia, że jeśli nie wystarcza doraźna pomoc ambulatoryjna i pacjent wymaga hospitalizacji, a w szpitalu nie ma dla niego łóżka, szpital powinien ustalić wolne miejsce w innej placówce i przewieźć pacjenta transportem szpitalnym (o ile wymaga pilnej hospitalizacji i jego stan pozwala na transport). „Szczególnie w sezonie jesienno-zimowym obłożenie oddziałów internistycznych jest maksymalne, zwykle jednak w szpitalach prawobrzeżnej części Warszawy są pojedyncze wolne łóżka. Doraźnie dopuszczalne jest również decyzją dyrekcji wykorzystanie łóżek innych oddziałów” — przekonuje rzecznik.

Marek Balicki nie kryje zdumienia. „Za organizację, koordynację oraz nadzór nad systemem ratownictwa na terenie województwa odpowiada zgodnie z ustawą wojewoda. Przywożenie pacjenta internistycznego do szpitala, gdzie nie ma wolnych łóżek, nie przyspiesza rozpoczęcia właściwego leczenia, ale jedynie je opóźnia. Nie może być też tak, że karetka przywozi do nas chorego po reanimacji podłączonego do respiratora, mimo iż cztery godziny wcześniej zgłosiliśmy, że nie mamy wolnego miejsca respiratorowego, a wolne stanowisko jest w sąsiednim szpitalu” — komentuje Marek Balicki. Przypomina, że w przypadku ostrych zespołów wieńcowych karetki transportują chorego nie do najbliższego szpitala, tylko do szpitala, gdzie znajduje się pracownia hemodynamiczna

i można mu najlepiej pomóc. „I tu koordynacja na podstawie tego samego zapisu ustawy jest możliwa” — podkreśla dyr. Balicki.

Koordynacja wynika z ustawy

Zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego. Ustawa przewiduje także sytuację, kiedy to lekarz systemu obecny na miejscu zdarzenia może podjąć decyzję o transporcie chorego bezpośrednio do wskazanego szpitala.

W ramach systemu ratownictwa medycznego przy wojewodzie całodobowe dyżury pełni lekarz koordynator ratownictwa medycznego. Do jego obowiązków — zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 2009 r. — należy współpraca z dyspozytorami medycznymi, jednostkami systemu oraz zakładami opieki zdrowotnej. Do jego szczególnych uprawnień należy uzyskiwanie informacji m.in. o: gotowości SOR-ów do przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, czasowym braku możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych przez szpital, liczbie aktualnie wolnych stanowisk na oddziale intensywnej terapii oraz wolnych miejsc szpitalnych na poszczególnych oddziałach.

Procedury przyjmowania wezwania przez dyspozytora i dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego reguluje rozporządzenie ministra zdrowia z 7 maja 2007 roku. Zgodnie z tymi zapisami to dyspozytor wskazuje właściwy szpitalny oddział ratunkowy, do którego może być przewieziona osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a w przypadku zaistnienia problemów, których rozwiązanie wykracza poza umiejętności i uprawnienia dyspozytora medycznego, zwraca się z prośbą o pomoc do lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Ewa Szarkowska

Trzy pytania do...

prof. Krystyna Sosady, konsultanta wojewódzkiego ds. medycyny ratunkowej w woj. śląskim

Czy zawsze karetka powinna wieźć chorego do najbliższego szpitala?

To wszystko zależy od stanu klinicznego chorego. Jeżeli pacjent jest niestabilny, w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, bezwzględnie powinien trafić do najbliższego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, bo stabilizacja jego stanu jest najważniejsza. Jeżeli natomiast pacjent jest nawet w ciężkim stanie, ale w miarę stabilny, trzeba dobrze się zastanowić, czy rzeczywiście wieźć go do najbliższego SOR-u czy też do SOR-u w szpitalu, gdzie będzie miał wykonaną pełną diagnostykę i kompleksowe leczenie. Niekorzystne jest przewożenie chorego etapami do kolejnego szpitala, bo wtedy bardzo często tracimy tych pacjentów. Na przykład osoba z mnogimi, ciężkimi obrażeniami ciała powinna od razu trafić do centrum urazowego, nawet jeśli odległość jest większa, bo jej szanse na przeżycie są znacznie większe. Podobnie chory z ewidentnymi objawami ostrego zespołu wieńcowego powinien znaleźć się jak najszybciej w ośrodku dysponującym pracownią hemodynamiczną.

Są jednak miejsca, gdzie obowiązuje zasada wożenia pacjentów do najbliższego szpitala nawet wtedy, gdy wiadomo, że nie ma wolnych miejsc. Pacjenci spędzają kilka godzin na SOR-ze, a potem i tak są przewożeni do innych szpitali.

W mojej ocenie takie sytuacje nie powinny mieć miejsca. Jeszcze raz powtarzam, że do najbliższego SOR-u wieziemy pacjenta, który jest w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, bo do dalej położonego referencyjnego szpitala po prostu możemy go nie dowieźć. Pacjenta stabilnego hemodynamicznie i wstępnie zdiagnozowanego, w przypadku którego każda upływająca minuta nie odgrywa aż tak znaczącej roli, rozsądek nakazuje zawieźć tam, gdzie będzie miał zapewnione kompleksowe postępowanie. Nie ma sensu wieźć do najbliższego SOR-u pacjenta z urazem głowy lub z udarem, jeśli będzie za chwilę znów transportowany ambulansem do kolejnego szpitala, w którym znajduje się tomograf komputerowy, oddział neurochirurgii lub oddział udarowy. Dyspozytorzy zespołów ratownictwa medycznego są wyszkoleni i powinni dobrze o tym wiedzieć.

Czyli wszystko zależy od organizacji i koordynacji systemu...

W woj. śląskim obowiązuje zasada, że jeżeli szef zespołu ratownictwa medycznego — lekarz lub ratownik — zgłasza dyspozytorowi, że ma pacjenta w ciężkim stanie, a w najbliższym szpitalu nie ma wolnych stanowisk np. w oddziale intensywnej terapii, to dyspozytor dzwoni do lekarza koordynatora. Ten zaś w ramach swoich kompetencji bardzo szybko ustala, w którym szpitalu na Śląsku jest wolne miejsce i wskazuje je załodze ambulansu. I wtedy nie ma sytuacji, że ordynator odmawia przyjęcia. Dyżurujący całą dobę lekarz koordynator odgrywa w systemie bardzo ważną rolę — nie tylko w sytuacji zdarzeń masowych i katastrof, ale także na co dzień, szczególnie dotyczy to wielkiej aglomeracji miejskiej.

